

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?

Sí	No
----	----

¿Gozas de buena salud?

Sí	No
----	----

¿Ha habido algún cambio en su salud en el último año?

Sí	No
----	----

En caso afirmativo, ¿qué condición se está tratando? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha estado  
ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

Sí	No
----	----

En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o el problema? \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**1. Reemplazo de articulaciones:** ¿Ha tenido una articulación ortopédica?

(cadera, hombro, rodilla, más fino, codo, etc.) reemplazo?

Sí	No
----	----

Fecha de cirugía: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿le han dicho que necesita tomar un antibiótico antes de sus citas dentales?

Sí	No
----	----

2. ¿Está tomando actualmente o alguna vez ha tomado medicamentos para la densidad ósea?

inhibidores de RANKL o bifosfonatos como Denosumab,

Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia, Reclast o Evista?

Sí	No
----	----

3. ¿Tomas una aspirina diaria?

Sí	No
----	----

4. ¿Toma anticoagulantes, como Eliquis, Xarelto, Coumadin,

Wafarin, Plavix, Clopidogrel, Brilinta, Ticagrelor, Effient, Prasugrel?

Sí	No
----	----

Nombre \_\_\_\_\_

**Alergias:** ¿es alérgico o ha tenido una reacción a:

Aspirina	Sí	No	Antiinflamatorios	Sí	No
Codeína	Sí	No	Alergia a los frutos secos	Sí	No
Ibuprofeno	Sí	No	Penicilina	Sí	No
Yodo	Sí	No	Amoxicilina	Sí	No
Látex	Sí	No	Tinte rojo	Sí	No
Anestesia local (dental)	Sí	No	Sulfa	Sí	No
Metales	Sí	No	Alimentos	Sí	No

Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?		<b>Cáncer</b>	Sí	No	
SIDA/VIH	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué tipo: _____		
Transtorno por déficit de atención	Sí	No	¿Cuándo (fecha) _____		
Autismo	Sí	No	Tratamiento con radiación	Sí	No
Síndrome de Asperger	Sí	No	Quimioterapia	Sí	No
Alzheimers	Sí	No	Leucemia	Sí	No
Demencia	Sí	No	Tumores	Sí	No
Anemia	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué type _____		
Anafilaxis	Sí	No	¿Cuándo (fecha) _____		

Que lo causa: \_\_\_\_\_

		<b>Corazón/Accidente cerebrovascular</b>			
Ansiedad	Sí	No	Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No
Artritis	Sí	No	Cardiopatías congénitas	Sí	No
Asma	Sí	No	Infarto	Sí	No
Problemas de espalda	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo (fecha) _____		
Enfermedad Pulmonar	Sí	No	Cirugía Cardíaca	Sí	No
Enfisema	Sí	No	En caso afirmativo, ¿qué type _____		
Tuberculosis (TB)	Sí	No	¿Cuándo (fecha) _____		
Epilepsia	Sí	No	Marcapasos cardíaco	Sí	No
Trastornos gastrointestinales	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo (fecha) _____		
Úlceras estomacales	Sí	No	Soplo cardíaco	Sí	No
Glaucoma	Sí	No	Prolapso de la válvula mitral (MVP)	Sí	No
Cefaleas	Sí	No	Válvulas cardíacas artificial	Sí	No
Audición	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No
Presión arterial alta	Sí	No	Angina	Sí	No
Presión arterial baja	Sí	No	AFIB	Sí	No
Osteoporosis	Sí	No	Derrame cerebral	Sí	No
Osteopenia	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuándo (fecha) _____		
Parkinsons	Sí	No			
Enfermedades de transmisión sexual	Sí	No			
Enfermedad de células falciformes	Sí	No			
Rasgo de células falciformes	Sí	No	¿Usted fuma?	Sí	No
Apnea del sueño	Sí	No	¿Vapeas?	Sí	No
Utiliza la máquina CPAP	Sí	No	¿Masticas tabaco?	Sí	No
Enfermedad de la tiroides	Sí	No			

